

Humana actualizará sus políticas de reclamaciones y/o software de edición de códigos para médicos (no provenientes de facilidades) el 13 de abril de 2013

Avisos generales:

- Se añadirán las modificaciones asociadas con los códigos nuevos o revisados de la Terminología de Procedimientos Actuales (CPT®, *Current Procedural Terminology*) de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, *American Medical Association*), la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión (ICD-9, *International Classification of Diseases, Ninth Revision*), los Modificadores y el Sistema de Codificación de Procedimientos Generales de Atención de la Salud (HCPCS, *Healthcare Common Procedure Coding System*).
- Se **eliminarán los editos** de los códigos de la CPT, la ICD-9, los códigos modificadores y el HCPCS eliminados por la AMA o por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, *Centers for Medicare & Medicaid Services*), o por ambos.
- Para adjudicar las reclamaciones con exactitud y sin retraso, Humana identificará las reclamaciones codificadas inadecuadamente y, en lo posible, hará el reembolso con el código correcto. Humana procederá de esta manera únicamente en función de los datos sobre los que Humana tenga conocimiento, como la edad y el sexo del afiliado. Por ejemplo, si los registros de Humana indican que la edad del afiliado no corresponde con la descripción del código CPT, la reclamación será considerada en función del código CPT que refleje apropiadamente la edad del afiliado. Si se presenta una reclamación para el código CPT 42825 (amigdalectomía, primaria o secundaria, menor de 12 años), y el afiliado tiene 15 años de edad, se denegará este código y se añadirá el código CPT 42826 (amigdalectomía, primaria o secundaria, 12 o más años de edad) a la reclamación. Cuando no se pueda identificar claramente el código correcto, se devolverá la reclamación al proveedor de atención de la salud.
- Los códigos de diagnóstico que no se codifiquen con el grado más alto de especificidad, que estén incompletos o que tengan códigos que no sean válidos, podrían ocasionar la denegación de la reclamación.
- Como se indicó en el manual AMA CPT, los códigos de procedimiento designados como códigos complementarios tienen como propósito reportar **servicios adicionales relacionados al código primario**. El código complementario debe reportarse junto con el código primario relacionado. Por esta razón, los códigos complementarios no se reembolsarán cuando el código principal **no aparezca en la factura** o se haya denegado por otras razones.
- Humana sigue automatizando sus políticas de cubierta médica. Nuestro procedimiento lógico de edición de códigos será actualizado para que incluya los códigos de diagnóstico y procedimiento que están cubiertos por nuestras políticas. No se reembolsarán los códigos de procedimiento o los códigos de diagnóstico no autorizados por nuestras políticas. Estas modificaciones seguirán implementándose en 2013. Si desea una lista completa de las políticas de cubierta médica, visite Humana.com/providers y elija "Políticas de Cubierta Médica" (*Medical Coverage Policies*) en "Temas Cruciales".
- Humana se compromete a ser consecuente con las políticas del procesamiento de reclamaciones de los CMS. Para promover dicho esfuerzo, a medida que las políticas de pago de Medicare cambien, Humana actualizará continuamente el procedimiento lógico de edición de códigos en todos los productos Medicare Advantage (MA) de Humana. Los proveedores de atención de la salud deben seguir las políticas aplicables para presentar reclamaciones, incluidas las determinaciones de cubierta local (*LCD, local coverage determinations*) y las determinaciones de cubierta nacional (*NCD, national coverage determinations*), para facilitar resultados precisos en el procesamiento de las reclamaciones.
- De acuerdo con el texto del contrato del proveedor de Humana, las reclamaciones incluirán el Identificador Nacional del Proveedor (*NPI, National Provider Identifier*) del médico y el código de taxonomía válido que describa con mayor precisión los servicios de atención de la salud reportados en la reclamación. Incluir esta información en las reclamaciones permitirá que el procesamiento en los sistemas de Humana de sus reclamaciones sea más preciso y oportuno.

Los cambios siguientes se aplicarán a las reclamaciones profesionales (no provenientes de facilidades) que sean presentadas para todos los afiliados a Planes Medicare Advantage con Organizaciones Servicios de Salud (*HMO, Health Maintenance Organizations*), planes con Organizaciones de Proveedores Preferidos), como se indica a continuación:

| Categoría | Tema | Enunciado de la política | Productos afectados |
|---|--|---|---|
| Adjudicación de reclamaciones. | Reducciones de cirugía múltiple en un hospital con acceso para pacientes graves bajo el método II. | Medicare paga varias cirugías que van desde la cantidad más alta en la Tarifa de Honorarios de Médicos de Medicare (<i>MPFS, Medicare Physician Fee Schedule</i>) hasta la cantidad más baja de dicha tarifa. Cuando el mismo médico ofrece más de un servicio quirúrgico en la misma sesión, la cantidad permitida es de 100% del valor del código quirúrgico con la cantidad más alta de la MPFS. La cantidad permitida para los códigos quirúrgicos subsecuentes se basa en el 50% de la cantidad de la MPFS. El razonamiento anterior relacionado con los pagos se está implementando para los proveedores de Hospitales con Acceso para Pacientes Graves (<i>CAH, Critical Access Hospital</i>) bajo el Método II. | Todos los productos Medicare Advantage |
| HCPCS –DME | Dispositivos para asistencia respiratoria (RAD) y dispositivos de presión en vías respiratorias | Las máscaras para dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias y las interfaces nasales se reembolsarán una vez en cada periodo de tres meses. La duración esperada de vida de estos suministros es de tres meses. No sería apropiado que un paciente use más de un tipo de máscara en un momento dado. | <i>Todos los productos Medicare Advantage</i> |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Toxina botulínica A y B (HCPCS J0586) | AbobotulinumtoxinA, inyección, cinco unidades (marca comercial Dysport, HCPCS J0586), se reembolsará hasta por 60 unidades cuando se presente con el modificador JW (cantidad de medicamento descartada o no administrada a ningún paciente). De acuerdo con la información aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>FDA, Food and Drug Administration</i>) de Estados Unidos sobre instrucciones de empleo y fichas técnicas, la abobotulinumtoxinA se suministra en ampollas de 300 unidades y de 500 unidades. No es apropiado que un proveedor de atención de la salud facture el desperdicio de un medicamento con base en el uso de una ampolla de 500 unidades cuando podrían haberse utilizado una o más ampollas de 300 unidades (60 unidades de J0586) para evitar o minimizar el desperdicio del medicamento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Toxina botulínica A y B (HCPCS J0587) | RimabotulinumtoxinB, inyección, 100 unidades (marca comercial Myobloc, HCPCS J0587), se reembolsará hasta por 25 unidades cuando se presente con el modificador JW (cantidad de medicamento descartada o no administrada a ningún paciente). De acuerdo con la información aprobada por la FDA sobre instrucciones de empleo y fichas técnicas, la rimabotulinumtoxinB se suministra en ampollas de 2,500, 5,000 y 10,000 unidades. No es apropiado que un proveedor de atención de la salud facture el desperdicio de un medicamento con base en el uso de una ampolla de 5,000 o 10,000 unidades cuando podrían haberse utilizado una o más ampollas de 2,500 unidades (25 unidades de J0587) para evitar o minimizar el desperdicio del medicamento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Toxina botulínica A y B (HCPCS J0588) | OnabotulinumtoxinA, inyección, una unidad (marca comercial Xeomin, HCPCS J0588), se reembolsará hasta por 50 unidades cuando se presente con el modificador JW (cantidad de medicamento descartada o no administrada a ningún paciente). | Todos los productos Medicare Advantage |

GHHHGM5HH 1066ALL1212-D. Las ediciones de reclamaciones no reemplazan la necesidad de obtener preautorización. Los requisitos de preautorización se siguen aplicando. *Tenga en cuenta que: Estas y todas las ediciones previamente publicadas en medio impreso o en Humana.com/providers para afiliados a planes comerciales con seguro total de Humana, podrán aplicarse a los afiliados autofinanciados cuando sea solicitado por el grupo de autofinanciación.

| Categoría | Tema | Enunciado de la política | Productos afectados |
|---|---|--|--|
| | | De acuerdo con la información aprobada por la FDA sobre instrucciones de empleo y fichas técnicas, la incobotulinumtoxina se suministra en ampollas de 50 y 100 unidades. No es apropiado que un proveedor de atención de la salud facture el desperdicio de un medicamento con base en el uso de una ampolla de 100 unidades cuando podrían haberse utilizado una o más ampollas de 50 unidades (50 unidades de J0586) para evitar o minimizar el desperdicio del medicamento. | |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Interferon Beta 1A | Interferon beta-1a, inyección, 11 mcg para uso subcutáneo (marca comercial Rebif, HCPCS Q3026) solo se reembolsará cuando se presente con un diagnóstico de esclerosis múltiple o hepatitis crónica. De acuerdo con el fabricante del medicamento, éstas son las únicas indicaciones identificadas en prospectos y fichas técnicas. | Todos los productos Medicare Advantage |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Rituximab | Rituximab, inyección, 100 mg (marca comercial RituXan, HCPCS J9310) se reembolsará hasta cuatro veces en un año cuando el diagnóstico sea poliarteritis nodosa o granulomatosis de Wegener. De acuerdo con la información aprobada por la FDA sobre instrucciones de empleo y fichas técnicas, la frecuencia recomendada para estos diagnósticos es de cuatro veces al año. | Todos los productos Medicare Advantage |
| HCPCS – Medicamentos y Agentes Biológicos | Zoledronic Acid (HCPCS J3487) | Zoledronic acid, inyección, 1 mg (marca comercial Zometa, HCPCS J3487), se reembolsará hasta por cuatro unidades cuando se presente con el modificador JW (cantidad de medicamento descartada o no administrada a ningún paciente). De acuerdo con la información aprobada por la FDA sobre instrucciones de empleo y fichas técnicas, el zoledronic acid (Zometa) se suministra en ampollas de 4 mg. No es apropiado que un proveedor de atención de la salud facture el desperdicio de un medicamento que iguale o exceda el tamaño de la ampolla, por lo que se denegará el código J3487 facturado con modificador JW y cuatro o más unidades. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Medicamento | Estimulación eléctrica | Los servicios representados por el código CPT 97032 [aplicación de una modalidad en una o más áreas; estimulación eléctrica (manual), cada 15 minutos] no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con el código de diagnóstico 786.05 (falta de aliento) ya que este diagnóstico no respalda el procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Medicamento | Obtención de imágenes del tracto gastrointestinal | Los servicios representados por el código CPT 91110 [obtención de imágenes del tracto gastrointestinal, intraluminal (por ejemplo, endoscopia capsular), esófago a través del íleon, con interpretación e informe médico, cada 15 minutos] no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con los códigos de diagnóstico 789.09 (dolor abdominal, otro sitio especificado) y 794.9 (resultados anormales no específicos de otro estudio funcional especificado) ya que estos diagnósticos no son específicos y no respaldan la necesidad de este procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |

GHHGM5HH 1066ALL1212-D. Las ediciones de reclamaciones no reemplazan la necesidad de obtener preautorización. Los requisitos de preautorización se siguen aplicando. *Tenga en cuenta que: Estas y todas las ediciones previamente publicadas en medio impreso o en Humana.com/providers para afiliados a planes comerciales con seguro total de Humana, podrán aplicarse a los afiliados autofinanciados cuando sea solicitado por el grupo de autofinanciación.

| Categoría | Tema | Enunciado de la política | Productos afectados |
|-------------|--|--|--|
| Medicamento | Estudio de distensibilidad pulmonar | Los servicios representados por el código CPT 94750 [estudio de distensibilidad pulmonar (por ejemplo, pletismografía, mediciones de volumen y presión)] no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con el código de diagnóstico 780.52 (insomnio, no especificado) ya que este diagnóstico no es específico y no respalda la necesidad de este procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Medicamento | Evaluación transtelefónica con banda del ritmo cardiaco en pacientes con marcapasos | Los servicios representados por el código CPT 93293 (evaluación transtelefónica con banda del ritmo cardiaco en pacientes con marcapasos) no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con los códigos de diagnóstico 250.00, 250.01 y 250.02 ya que estos diagnósticos no respaldan la necesidad de este procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Medicamento | Evaluación transtelefónica con banda del ritmo cardiaco en pacientes con marcapasos | Los servicios representados por el código CPT 93293 (evaluación transtelefónica con banda del ritmo cardiaco en pacientes con marcapasos) no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con los códigos de diagnóstico siguientes: 250.03, 250.10, 250.11, 250.12, 250.13, 250.20, 250.21, 250.22, 250.23, 250.30, 250.31, 250.32, 250.33, 250.40, 250.41, 250.42, 250.43, 250.50, 250.51, 250.52, 250.53, 250.60, 250.61, 250.62, 250.63, 250.80, 250.81, 250.82, 250.83, 250.90, 250.91, 250.92 y 250.93 ya que estos diagnósticos no respaldan la necesidad de este procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Radiología | Guía – Fluoroscópica | Los servicios representados por el código CPT 77002 se consideran mutuamente exclusivos en relación con el código CPT 27093 y, por consiguiente, no tendrán autorización para reembolso por separado cuando se presenten con este código de procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Radiología | Guía – Fluoroscópica | Los servicios representados por el código CPT 77003 se consideran incidentales en relación con el código CPT 62310 y, por consiguiente, no tendrán autorización para reembolso por separado cuando se presenten con este código de procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Radiología | Reducción de Pago de Procedimiento Múltiple (<i>MPPR, Multiple Procedure Payment Reduction</i>) para servicios médicos en Hospitales Agudos con salas de suido intensivo. Hospitales con Acceso para Pacientes Graves (CAHs, Critical Access Hospitals) | Los planes Medicare Advantage de Humana están implementando cambios de acuerdo con las instrucciones emitidas por los CMS (transmisión 2395) que se aplican a la Reducción de Pago de Procedimiento Múltiple (<i>MPPR, Multiple Procedure Payment Reduction</i>) para los servicios médicos de ciertos procedimientos de obtención de imágenes diagnósticas facturados por los Hospitales de cuidado agudo con salas de intensivo que han elegido el método opcional para la facturación de servicios ambulatorios. La reducción de pago en procedimientos de imágenes diagnosticas múltiples (MPPR) aplicará cuando un médico ofrezca varios servicios al mismo paciente, en la misma sesión y en el mismo día. El pago completo se hace por el servicio que produce el pago más alto de acuerdo con la MPFS. El pago se hace al 75% para los servicios posteriores ofrecidos por el mismo médico al mismo paciente, en la misma sesión y en el mismo día. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Radiología | Reducción en | Los CMS ampliaron la MPPR con la aplicación de una reducción al | Todos los productos |

GHHHGM5HH 1066ALL1212-D. Las ediciones de reclamaciones no reemplazan la necesidad de obtener preautorización. Los requisitos de preautorización se siguen aplicando. *Tenga en cuenta que: Estas y todas las ediciones previamente publicadas en medio impreso o en Humana.com/providers para afiliados a planes comerciales con seguro total de Humana, podrán aplicarse a los afiliados autofinanciados cuando sea solicitado por el grupo de autofinanciación.

| Categoría | Tema | Enunciado de la política | Productos afectados |
|--------------------------------|--|--|--|
| | procedimientos radiológicos múltiples – Componente profesional | componente de servicios profesionales (<i>PC, professional component</i>). Se hace el pago completo para cada PC (componente profesional, 26) y cada componente de servicio técnico (<i>TC, technical component</i>) con el pago más alto de acuerdo con la MPFS. El pago se hace al 75% para los servicios PC posteriores ofrecidos por el mismo médico al mismo paciente, en la misma sesión y en el mismo día. El pago se hace al 50% para los servicios TC posteriores ofrecidos por el mismo médico al mismo paciente, en la misma sesión y en el mismo día. Actualmente, Humana MA aplica la reducción MPPR a los servicios TC (componente técnico), y está añadiendo el requisito de los CMS para la MPPR de los servicios PC (componente profesional, 26). | Medicare Advantage |
| Cirugía – Sistema digestivo | Endoscopia del tracto GI superior | Los servicios representados por el código CPT 43255 se consideran incidentales en relación con los códigos CPT 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249 y 43259, por lo que no tendrán autorización para reembolso por separado cuando se presenten con cualquiera de estos códigos de procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Cirugía – Sistema tegumentario | Implante para administración de medicamento no biodegradable | Los servicios representados por los códigos CPT 11981 y 11982 (inserción / remoción, implante para administración de medicamento no biodegradable) no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con el código de diagnóstico V72.31 (examen ginecológico de rutina) ya que este diagnóstico no respalda la necesidad de este procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Cirugía – Sistema tegumentario | Servicios de reparación de heridas | Los servicios de reparación de heridas representados por los códigos CPT 12031 y 12037 no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con el código de diagnóstico 715.36 (osteoartritis, localizada, sin especificar si es primaria o secundaria, extremidad inferior) ya que este diagnóstico no respalda la necesidad de los procedimientos. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Cirugía – Sistema nervioso | Descompresión de nervios | Los servicios representados por el código CPT 64722 se consideran incidentales en relación con el código CPT 29848 y, por consiguiente, no tendrán autorización para reembolso por separado cuando se presenten con este código de procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |
| Cirugía – Sistema respiratorio | Broncoscopia | Los servicios representados por el código CPT 31624 (broncoscopia, rígida o flexible, incluida la guía fluoroscópica, cuando se lleva a cabo, con lavado bronquial alveolar) no tendrán autorización para reembolso cuando se presenten con el código de diagnóstico 431 (hemorragia intracerebral) y el código 780.60 (fiebre, no específica) ya que estos diagnósticos no respaldan el procedimiento. | Todos los productos Medicare Advantage |

Los modificadores deben usarse cuando sea pertinente para representar con exactitud los servicios ofrecidos. El uso de los modificadores puede influir en la aplicación de Humana de estas ediciones. Si desea más información, consulte los recursos sobre codificación profesional.

GHHHGM5HH 1066ALL1212-D. Las ediciones de reclamaciones no reemplazan la necesidad de obtener preautorización. Los requisitos de preautorización se siguen aplicando. *Tenga en cuenta que: Estas y todas las ediciones previamente publicadas en medio impreso o en Humana.com/providers para afiliados a planes comerciales con seguro total de Humana, podrán aplicarse a los afiliados autofinanciados cuando sea solicitado por el grupo de autofinanciación.